Medizinische Fakultät der Universität Erlangen.

Die angeborene Hüftluxation.

Tag der mündlichen Prüfung 29. IX. 22.

Von

Eugen Gastreich

aus Fürth in Bayern.

An Hand von 162 Fällen „angeborener Hüftluxation", die in den Jahren 1911—21 an hiesiger Poli-Klinik zur Vorstellung kamen, bekennen wir uns zu der Auffassung von „Lorenz" und vielen anderen, daß diese Erkrankung in der Regel keine „angeborene" Hüftverrenkung ist, sondern als frühester Tribut der aufrechten Körperhaltung des Menschen, als eine „erworbene" statische Deformität bei angeborener Disposition anzusehen ist.

In der Dauerheilung von 82,9% des gesamten Materials bei der unblutigen Therapie nach „Lorenz" zeigt sich wiederum der volle Erfolg dieser Methode. Ohne Auftreten von Complikationen wurde auch in den wenigen mißglückten Fällen eine wesentliche Besserung in der Funktion des Beines erreicht.

Anzustreben ist, die Kinder möglichst bald zur orthopädischen Behandlung zu bekommen, denn bei den Patienten im 8. Lebensjahr betrug der Heilungserfolg nur 33%, darüber hinaus war überhaupt kein Dauererfolg zu erreichen, während von den Kindern bis zum 3. Lebensjahr alle = 100% geheilt wurden. Nach unten kann die Altersgrenze sicher noch weiter verschoben werden, da unser jüngstes, mit bestem Erfolg behandeltes Kind, erst 18 Monate alt war.

---

*) Auszug aus der Inaugural-Dissertation 1922.

Das Durchschnittsalter der zur Behandlung gekommenen Kinder beträgt seit 1918 „fünf“ Lebensjahre, gegenüber „drei“ in den sieben Jahren vorher. Die Not dieser Zeit hatte die Fälle verschleppt.

So wäre nur zu hoffen, daß sich gar bald durch Sinken dieser Alterskurve das Gesamtresultat noch günstiger gestalten möge!

Für das starke Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes gegenüber dem männlichen, das 1912 für das Material der hiesigen Poli-Klinik nur 3,7 : 1 betrug, sich jetzt aber auf 10 : 1 erhöhte, fand sich keine geeignete Erklärung, vielleicht Zufall, vielleicht erhöhte Disposition der Mädchen bei unserer hiesigen Bevölkerung.

In der örtlichen Verteilung nach Stadt- und Landbevölkerung oder nach geographischen Verschiedenheiten des Landes konnte ich keinen wesentlichen Unterschied feststellen.

Sebaldus-Verlag G.m.b.H., Nürnberg.

Aus der Chirurgischen Univ.-Klinik zu Gießen.
Direktor Geh. Rat Prof. Dr. Poppert.

Ein Fall von einer isolierten zeitlichen Luxation der Ulna am distalen Ende.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Hessischen Landes-Universität zu Gießen

vorgelegt von

Wilhelm Hanauer
Medizinalpraktikant
geboren in Alsfeld (Oberhessen).

Gießen 1925

121

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Hessischen Landes-Universität zu Gießen.
Berichterstatter: Prof. Dr. Specht.

Die außerordentliche Seltenheit einer reinen seitlichen Luxation der Ulna oder des Radius am distalen Ende veranlaßt uns, einen derartig beobachteten Fall bekanntzugeben.

Es handelte sich um einen 21jährigen Mann, der beim Sprung von der Scheune mit der flachen rechten Hand auf die Tenne aufgefallen war. Es stellte sich sofort eine starke Schwellung des rechten Handgelenkes ein, ohne daß aber gleichzeitig ausgesprochene Schmerzen vorhanden waren. Nach Zurückgehen der Schwellung fiel jedoch Patienten auf, daß eine Verbreiterung des rechten Vorderarmes dicht oberhalb des Handgelenkes zurückblieb, die trotz angewandter feuchter Verbände keine Neigung zur Aenderung zeigte. Er habe wieder zu arbeiten angefangen, dabei aber bemerkt, daß diese Verbreiterung allmählich größer wurde. Hierdurch beunruhigt, suchte er die hiesige Poliklinik auf.

Der Untersuchungsbefund war folgender:

Kräftiger, frisch aussehender, gut genährter Patient von starkem Knochenbau und gut entwickelter Muskulatur. Ellenbogen- und Schultergelenk beiderseits intakt. Der rechte Vorderarm ist dicht oberhalb des Handgelenkes deutlich verbreitert, besonders aber an seiner ulnaren Seite. Man hat beim Betrachten den Eindruck, als ob hier ein Knochenstück vorspringe. Eine Weichteilschwellung war nicht vorhanden.

Beim Palpieren konnte man einwandfrei feststellen, daß diese Verbreiterung an der Außenseite des unteren Vorderarmes durch die Ulna selbst bedingt war. Man fühlte außerdem eine deutliche Lücke zwischen anschei-

nend normal liegendem Radius und seitlich abgewichener Ulna. Reste einer Fractur in Form von Knochenverdickungen oder abnorm stehenden Fragmenten waren nicht zu tasten.

Die Umfangsmaße des Vorderarmes an dieser Stelle waren rechts 19 cm., links 17 cm. Die Bewegungen im rechten Handgelenk waren aktiv wie passiv um ungefähr ein Drittel eingeschränkt, und zwar das Heben und Beugen der Hand sowie das Abduzieren ulnarwärts, während das Abduzieren radialwärts in normaler Weise ausgeführt werden konnte. Außerdem war die Supination des Vorderarmes um circa 40°, die Pronation um 10° eingeschränkt. Der Faustschluß ist ebenso wie das Strecken der Finger regelrecht. Reibegeräusche sind in den einzelnen Gelenken der Hand nicht nachzuweisen, desgleichen ist die Beweglichkeit der Sehnen völlig frei.

Bei der Röntgenaufnahme der Hand und des Vorderarmes von oben nach unten zeigt sich, daß der Radius im Vergleich mit normalen Bildern um nicht ganz $^1/_2$ cm an den Handwurzelknochen vorbei nach vorne seitlich abgerutscht ist, der Gelenkspalt dabei aber seine regelrechte Schärfe und Weite beibehalten hat. Außerdem findet sich an dem ulnarwärts gelegenen Teile des untersten Radiusendes eine unscharfe Knochenverdickung. Anzeichen irgend einer Fractur sind weder an ihm, noch an der Ulna und den Handwurzelknochen nachzuweisen. Die Ulna steht fast 2 cm seitlich und nach distal zu von ihrer normalen Ansatzstelle am Radius derart verschoben, daß ihre radiale Gelenkfläche statt am Os lunatum an der Mitte der Außenseite vom Os triquetrum zu liegen kommt. Dadurch springt das distale Ende der Ulna $1^1/_2$ cm seitlich aus der sonst normalen Configuration der Hand heraus. Bei seitlicher Aufnahme läßt sich erkennen, daß außerdem eine ganz geringe Verschiebung der Ulna dorsalwärts stattgefunden hat.

Es handelt sich demnach in unserem Falle um eine ausgesprochene Luxation der sonst normalen Ulna nach seitlich und distal. Gleichzeitig besteht eine ganz geringe Verschiebung des Radius distalwärts, ohne daß Spuren einer Fractur an beiden Knochen festzustellen wären.

Es fragt sich nun weiter, wie diese anscheinend so seltene Verletzung zustande gekommen ist. Dies ist unserer Ansicht nach nur dadurch möglich gewesen, daß der Bandapparat zwischen Radius und Ulna bei dem Trauma gesprengt wurde, und nunmehr durch die Keilwirkung der nach oben in konvexer Linie verlaufenden Handwurzelknochen, die beiden Vorderarmknochen in ihrer bindegewebigen Verbindungsstelle auseinander gedrängt worden sind.

Daß hier die Ulna vor allem abwich, kann einmal mit der Richtung des Stoßes zusammenhängen, indem die Hauptdruckwirkung nach Zerreißen der Verbindung mit dem Radius auf sie ausgeübt wurde, dann aber auch damit, daß die Gelenkbänder zwischen dem größeren Radius und den Handwurzelknochen einen stärkeren Widerstand leisteten, als die Bänder zwischen schmaler Ulna und Handwurzelknochen.

Auffallend ist jedenfalls, daß bei dieser Gewalteinwirkung auch nicht die geringste Fractur eingetreten war.

Bei dem Bestreben, über diese Verletzung etwas Genaueres zu erfahren, vor allem bei dem Versuche, ähnliche Beobachtungen ausfindig zu machen, zeigte sich nun, daß es sich hierbei anscheinend um eine außerordentlich seltene Verletzung handeln mußte. Denn in der vorliegenden Literatur, sowohl in den Lehr- und Handbüchern, ist diese Art der Ulna-Luxation überhaupt nicht erwähnt, und auch in sonstigen chirurgischen Veröffentlichungen kein derartiger Fall beschrieben worden. Wenn überhaupt einmal theoretisch von

der Möglichkeit isolierter Luxationen am distalen Ulnaende die Rede ist, handelt es sich stets nur um Luxationen volar- und dorsalwärts. Beobachtet und veröffentlicht wurden unseres Wissens nach auch nur fünf derartige Fälle. Zwei davon stammten von Friedrich. Das eine Mal handelte es sich um eine isolierte volare Luxation der Ulna, das andere Mal um eine habituelle Luxation, die ebenfalls dorsalwärts erfolgt war. Ferner berichtete Hoffa von drei isolierten Luxationen der Ulna, die entweder dorsale oder volare waren. Alle die anderen Fälle, die als isolierte Luxationen der Ulna angesprochen worden waren, sollen nach Friedrichs Ansicht einer kritischen Betrachtung nicht haben Stand halten können. Thöles (Frankfurt) ist sogar der Meinung, daß seitliche Luxationen überhaupt nicht vorkommen könnten, weil die starken Seitenbänder an Radius und Ulna zu großen Widerstand leisteten.

Ich möchte jedoch im Gegensatz dazu annehmen, daß ähnliche Fälle, wie der hier Erwähnte, wahrscheinlich kombiniert mit gleichzeitiger volarer oder dorsaler Abweichung auch anderweitig vorgekommen sind. Denn der Mechanismus für die Entstehung solcher Luxationen dürfte wohl häufig genug bei Fall auf die Hand gegeben sein. Infolge stärkeren Hervortretens der gleichzeitigen dorsalen oder volaren Abweichung dürften diese auch seitlich verschobenen Luxationen wohl stets unter diese Gruppe der dorsalen und volaren Verrenkungen eingereiht worden sein. Und auch in unserem Falle ist eine geringe dorsale Abweichung angedeutet. Zur vollen Entwicklung derselben ist es jedoch nicht gekommen, sodaß hier die seitliche Luxation vor allem in Erscheinung tritt und das Krankheitsbild beherrschte.

Daß bei gleichzeitiger Fractur am Radius und der Ulna oder den Handwurzelknochen derartige Abweichungen häufiger beobachtet werden, ist bekannt. Im Grunde genommen dürfte auch bei dieser Komplikation der gleiche Mechanismus vorgelegen haben, und nur

die Nachgiebigkeit der Knochen selbst und die Widerstandskraft der Bänder ist die Ursache dafür, daß es in dem einen Falle zu einer Luxation, in dem anderen zu gleichzeitigen Knochenabrissen kommen konnte.

Ohne Kontrolle des Röntgenbildes wäre diese seltene Verletzung sicherlich unerkannt geblieben und sehr wahrscheinlich als Radius- bzw. Ulnafractur aufgefaßt worden. Vielleicht ist mit dieser Tatsache auch die Seltenheit solcher Fälle miterklärt, da bei derartigen Verletzungen, zumal wenn sich bei mäßiger Veränderung im Bereiche des Handgelenkes auch eine leidlich gute Funktion wie hier eingestellt hat, in der Praxis auf Röntgenkontrolle wohl in der Mehrzahl der Fälle verzichtet wird.

Therapeutisch käme bei leidlich guter Funktion nur medio-mechanische Nachbehandlung in Frage, während bei gröberen Störungen der Bewegungsfähigkeit nach Erkennung des Krankheitsbildes der Versuch einer Reposition und relativen Fixation der distalen Unterarmknochen in Erwägung gezogen werden könnte.

Zum Schluß möchte ich nicht versäumen, Herrn Prof. Dr. Specht für die Ueberlassung der Arbeit und seine Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen. Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Poppert und Herrn Prof. Dr. Specht danke ich für die Uebernahme des Referates.

Literatur.

von Bergmann und v. Bruns. Handbuch der prakt. Chirurgie.

Thöle. Zur Casuistik seltener Lixationen und Fracturen. Deutsch. Zeitschr. für Chir. B. 58.

König. Lehrb. der spez. Chir.

Bardenheuer. Fract. und Lux.

Lebenslauf.

Am 7. X. 1901 wurde ich Wilhelm Hanauer zu Alsfeld (Oberhessen) geboren. Seit Ostern 1908 besuchte ich das Landgraf-Ludwig-Gymnasium zu Gießen bis zur Quarta, trat dann in das Realgymnasium zu Gießen über, wo ich am 28. Febr. 1920 die Reifeprüfung bestand. Dann widmete ich mich dem Studium der Medizin. Weilte 6 Semester auf der Universität zu Gießen, verbrachte mein 7. Semester in Freiburg i. Br. und die 3 letzten Semester wieder in Gießen. Ich bestand beide ärztliche Prüfungen auf der Universität zu Gießen, und zwar die Vorprüfung im Mai 1923, die Hauptprüfung am 1. August 1925.